

FAQ :

Ce que vous devez savoir au sujet de l'assurance
maladies graves Chèque-vie^{MD} de base



Table des matières

Pourquoi souscrire l'assurance maladies graves Chèque-vie ^{MD} de base?	3
Comment souscrire l'assurance	4
Affections	5
Habitudes tabagiques	6
Primes	6
Demandes de règlement	7
Navigateur Santé.....	8

Pourquoi souscrire l'assurance maladies graves Chèque-vie^{MD} de base?

Est-ce que l'un de vos clients vit actuellement un événement marquant? Si c'est le cas, le moment est tout à fait indiqué pour lui recommander une assurance maladies graves qui pourra lui éviter, à lui et à sa famille, les soucis financiers qui accompagnent souvent un diagnostic de maladie grave.

Avez-vous des clients...

- qui se sont récemment mariés?
- qui viennent d'acheter leur première maison?
- qui envisagent de fonder une famille ou attendent leur premier enfant?

L'une des étapes les plus importantes de la planification financière consiste à s'informer des conséquences financières que peut avoir une maladie grave et de s'y préparer. Vous pouvez aider vos clients à franchir cette étape.

Les avantages qu'offre l'assurance maladies graves Chèque-vie de base

Excellente solution pour les clients occupés qui désirent une couverture immédiatement, car ils ne peuvent attendre l'approbation ou la décision de la tarification.

Aucune tarification, c'est-à-dire que la personne n'a pas à subir d'exams médicaux à n'en plus finir ni à déterrer des documents financiers.

Gain de temps et d'effort. La tarification prend souvent beaucoup de temps et, même après des mois de suivi et d'attente d'une décision du tarificateur par vous et/ou votre client, celui-ci peut se voir refuser la couverture ou n'y être pas admissible. Dans le cas de l'assurance maladies graves Chèque-vie de base, si le client déclare être en bonne santé dans la proposition, la couverture lui sera accordée.

Proposition simple. Elle ne contient aucune question d'ordre médical ou financier, elle est courte et peut être remplie rapidement. Manuvie peut donc la traiter sans délai, ce qui permet au client d'obtenir son contrat rapidement.

Couverture immédiate, c'est-à-dire que le contrat prend effet en quelques jours seulement, dès que le paiement de la première prime est reçu à nos bureaux.

Gagnez du temps pour vous et vos clients, et veillez à ce que leur avenir financier soit protégé. Présentez l'assurance maladies graves Chèque-vie de base comme étant la solution.

Enfin, une assurance maladies graves simple et abordable.



Comment souscrire l'assurance

À quelle fin la déclaration de santé sert-elle?

La déclaration de santé de l'assurance maladies graves Chèque-vie^{MD} de base vise à faciliter la souscription de ce produit aux personnes qui y sont admissibles. Si le proposant est admissible à l'assurance, l'assurance est établie sans évaluation des risques et sans aucune autre exigence à remplir. Les personnes qui ont déjà eu des signes ou des symptômes d'une affection mentionnée dans la déclaration ou qui, à ce sujet, ont déjà consulté un médecin ou subi des tests faisant état de résultats anormaux ne devraient pas chercher à obtenir l'assurance maladies graves Chèque-vie de base. Nous leur conseillons plutôt un produit faisant l'objet d'une sélection médicale complète.

Les antécédents médicaux de la famille sont-ils pris en considération?

Non.

Le poids et la taille sont-ils pris en considération?

Non.

Qu'entend-on par « signes et symptômes », dans la déclaration de santé?

Par « signes ou symptômes », on entend toute indication de la présence possible d'une maladie grave ou d'une affection sous-jacente. Une personne n'est pas admissible à l'assurance maladies graves Chèque-vie^{MD} de base si elle a présenté « des signes ou des symptômes » inhabituels, même si ceux-ci n'ont pas encore été diagnostiqués par un médecin, ou si elle a reçu un diagnostic par un médecin d'une affection mentionnée dans la déclaration de santé.

Reportez-vous au tableau suivant qui décrit les signes et symptômes des affections courantes. Veuillez noter que le tableau ne fournit pas une liste exhaustive de tous les signes et symptômes possibles.

Affection	Signes et symptômes
Cancer	Exemples : Présence d'une masse non diagnostiquée, toux chronique, présence de sang dans l'urine, perte de poids inexplicquée, douleurs à la poitrine, essoufflement, apparition soudaine d'une vision brouillée.
Maladie cardiaque	Exemples : Douleurs thoraciques, malaise thoracique pouvant se prolonger dans les bras, le cou ou la mâchoire, pouls irrégulier, essoufflement, sueurs froides, nausée ou étourdissements.
Hépatite	Exemples : Jaunisse, perte d'appétit, fatigue, douleurs musculaires et articulaires.
Maladie du rein	Exemples : Changement dans les habitudes urinaires, enflure de différentes parties du corps, éruption cutanée, nausées et vomissements, étourdissements et difficulté à se concentrer.
VIH et SIDA	Exemples : Fièvre, maux de tête, fatigue, perte de poids rapide, perte de mémoire et dépression.

Ces « signes ou symptômes » peuvent aussi se rapporter à d'autres affections. Si le proposant n'est pas certain que les « signes ou symptômes » qu'il présente sont liés à une affection mentionnée dans la déclaration de santé, nous lui recommandons de choisir un produit comportant une sélection médicale complète.

Que signifie l'expression « consulté un médecin » dans la déclaration de santé?

Les « examens médicaux » n'incluent pas les bilans de santé subis en l'absence de « signes ou symptômes » liés à une maladie ou une affection sous-jacente. Toutefois, un bilan de santé peut conduire à des investigations médicales plus approfondies et à des recommandations de tests diagnostiques. Dès qu'une personne est informée par un médecin qu'elle devra subir des examens médicaux plus poussés, elle ne peut pas remplir la déclaration de santé liée à l'assurance maladies graves Chèque-vie de base tant qu'elle n'a pas reçu les résultats des investigations, pourvu que ceux-ci soient normaux.

Que signifie le terme « tests » dans la déclaration de santé?

La déclaration de santé mentionne expressément des « tests donnant des résultats anormaux ». Il s'agit de tests donnant un résultat « positif » ou qui nécessitent d'autres tests ou examens, ou encore qui mènent à de nouvelles consultations. Les tests donnant un résultat « négatif » ou normal, qui ne requièrent aucun examen supplémentaire, ne font pas partie de cette catégorie. Une personne qui a subi des tests qui lui ont été prescrits à des fins de diagnostic ou dans le cadre d'un examen médical régulier et dont les résultats ont été négatifs ou normaux est admissible. Elle peut donc signer la déclaration de santé.

Les tests suivants, notamment, sont considérés comme des tests donnant des résultats anormaux : un électrocardiogramme positif, une épreuve d'effort positive, une radiographie pulmonaire positive, un test d'antigène prostatique spécifique élevé, une mammographie positive, un test de glycémie sanguine élevé, une coloscopie positive, etc.

Affections

Comment l'admissibilité du proposant à l'assurance est-elle établie s'il a déjà d'autres affections médicales?

Reportez-vous au tableau suivant pour déterminer l'admissibilité du proposant déjà atteint par d'autres affections.

Affection	Situation	Admissibilité
Antécédents d'hypertension	a) Hypertension seulement	Oui
	b) ECG anormal, diagnostic ou symptômes d'une maladie des artères coronaires, d'un infarctus, d'un accident vasculaire cérébral ou d'un accident ischémique transitoire, ou chirurgie cardiaque	Non
Antécédents de taux de cholestérol ou de triglycérides élevé	a) Taux de cholestérol ou de triglycérides élevé seulement	Oui
	b) ECG anormal, diagnostic ou symptômes d'une maladie des artères coronaires, d'un infarctus, d'un accident vasculaire cérébral ou d'un accident ischémique transitoire, ou chirurgie cardiaque	Non
Test PAP, mammographie ou examen de la prostate donnant un résultat irrégulier	Il s'agit de tests « positifs » ou anormaux	Non
Antécédents de diabète dans la famille, mais résultats de tests négatifs	Si le résultat du test de glycémie sanguine est normal	Oui
Diabète de grossesse (diabète temporaire provoqué par la grossesse)	S'il n'y a pas d'autres signes, symptômes ou résultats de test anormaux après la grossesse	Oui
Sclérose en plaques	Si aucun autre signe, symptôme ou test n'est mentionné dans la déclaration de santé	Oui
Maladie de Parkinson		
Maladie de Crohn		
Syndrome de fatigue chronique		
Syndrome de Down		
Enlèvement de verrues	À la condition qu'aucune biopsie n'ait été effectuée ou, dans le cas contraire, que les résultats aient été normaux	Oui
Grain de beauté irrégulier dans le passé, sans diagnostic de cancer de la peau	Si aucune biopsie n'a été faite ou si le résultat de la biopsie était normal	Oui
Enlèvement d'un grain de beauté	a) Si le grain de beauté a été retiré, qu'on a fait une biopsie dont le résultat était positif	Non
	b) Si le grain de beauté a été retiré à des fins esthétiques et qu'il n'y a pas eu de test pathologique positif	Oui
Changement dans un grain de beauté	Un changement dans un grain de beauté constitue un signe ou symptôme	Non
Dysplasie	Une biopsie a été effectuée pour diagnostiquer la dysplasie qui constitue un résultat anormal	Non

L'assurance maladies graves Chèque-vie^{MD} de base couvre-t-elle tous les cancers?

Non, l'assurance couvre uniquement les cancers mettant la vie en danger. Reportez-vous au tableau suivant pour plus de précisions à ce sujet.

Affection	Description	Admissibilité
Cancers généraux	Dysplasie Il s'agit de la forme la plus précoce de lésions précancéreuses observées lors d'une biopsie par un pathologiste.	Non couvert
	Carcinoma in situ (dysplasie de grade élevé) Il ne se présente habituellement pas sous forme d'une tumeur, mais plutôt d'une lésion aplatie. Le carcinome risque de se transformer en cancer.	Non couvert
	Carcinome invasif Communément appelé cancer.	Couvert
Cancer de la peau	Mélanome malin de stade 1A Petite lésion cutanée facilement enlevable par résection.	Non couvert
	Mélanome malin avec invasions de niveaux de Clark 4 et 5 La peau comporte deux couches principales, l'épiderme (couche extérieure) et le derme. Il y a cinq niveaux d'invasion de Clark. Les niveaux IV et V indiquent une invasion profonde du cancer dans le derme (deuxième couche de la peau) et sous celui-ci.	Couvert
	Cancer de la peau non mélanique La couche extérieure (épiderme) se compose de trois types de cellules : basales, squameuses et mélanocytes. Les cellules basales et squameuses peuvent devenir cancéreuses. Ce type de cancer que l'on appelle non mélanique peut être traité.	Non couvert
	Cancer de la peau non mélanique – avec métastases La présence de métastases signifie que le cancer s'est propagé d'une partie du corps à une autre.	Couvert
Cancer de la prostate	Cancer de la prostate de stade A Le cancer de la stade A est non palpable, et se subdivise en T1a, T1b et T1c.	Non couvert
	Cancers T1a et T1b Le cancer T1a occupe moins de 5 % des tissus prélevés. Le cancer T1b occupe plus de 5 % des tissus prélevés, mais n'est pas palpable (il n'y a pas de masse ni d'anomalie que l'on peut palper).	
	Cancer T1c Diagnostiqué au moyen d'un APS anormal.	
Cancer de la thyroïde	• cancer de la thyroïde papillaire ou cancer de la thyroïde folliculaire, ou les deux, dont le plus grand diamètre tumoral est inférieur ou égal à 2 cm et qui est au stade T1, sans nœuds lymphoïdes ni métastases.	Non couvert
	• leucémie lymphoïde chronique à un stade inférieur au stade 1 selon la classification de Rai.	Non couvert
	• tumeurs stromales gastro-intestinales malignes et tumeurs carcinoïdes malignes à un stade inférieur au stade 2 selon la classification de l'AJCC.	Non couvert

Habitudes tabagiques

Le proposant qui a cessé de fumer et qui utilise actuellement des timbres à la nicotine est-il considéré comme non-fumeur?

Non, une personne n'est pas considérée comme un non-fumeur si elle ne peut répondre « oui » à l'énoncé suivant :

« Je n'ai pas consommé de tabac, ni de produits de désaccoutumance au tabac, ni de marijuana au cours des 12 derniers mois. »

L'assuré qui obtient le statut de non-fumeur continuera de bénéficier des taux non-fumeurs jusqu'à l'expiration de sa police.

Peut-on parler d'affection préexistante lorsqu'un assuré qui cesse de fumer se fait prescrire des timbres à la nicotine ou des médicaments, et reçoit ultérieurement un diagnostic de cancer?

Les habitudes tabagiques ne sont pas considérées comme une affection préexistante. Toutefois, si un cancer est diagnostiqué pendant la période de stabilité relative aux affections préexistantes et que l'assuré a présenté des signes ou symptômes, a consulté un médecin ou a reçu des traitements

avant la date d'effet de l'assurance, sa demande de règlement sera rejetée.

Si la demande du proposant a été acceptée aux taux fumeurs, et que celui-ci nous avise qu'il a cessé de fumer et désire passer aux taux non-fumeurs, est-il tenu de nous aviser s'il recommence à fumer?

Non. L'assuré n'a pas à nous aviser. Il continuera à payer les primes accordées aux non-fumeurs jusqu'à l'expiration de la police.



Primes

Un assuré peut-il connaître à l'avance les primes qu'il paiera au cours des cinq prochaines années?

L'assuré peut anticiper les changements de prime grâce aux taux que nous publions. Nous ne prévoyons pas de modifications périodiques de ces taux.

Si l'assuré souscrit une assurance maladies graves Chèque-vie^{MD} de base avec l'option Remboursement des primes, que se passe-t-il s'il atteint l'âge de 75 ans au cours de la période d'attente?

Dans ce cas, la police ne prendra pas fin au 75^e anniversaire de naissance de l'assuré. Elle restera en vigueur jusqu'à ce que la période d'attente de l'affection couverte prenne fin. Si l'assuré survit à la période d'attente, le montant du règlement admissible sera versé. Toutefois, si l'assuré n'a pas droit au règlement, les primes seront remboursées conformément aux dispositions de l'avenant de remboursement des primes.

Si la police tombe en déchéance, l'assureur exigera-t-il une déclaration de santé lors du rétablissement de la police et appliquera-t-il une nouvelle période de stabilité de 24 mois à l'égard des affections préexistantes?

Si la police tombe en déchéance, l'assuré devra remplir une nouvelle proposition, ainsi qu'une nouvelle déclaration de santé. La période de stabilité relative aux affections préexistantes recommencera également.

Demandes de règlement

Les primes sont-elles remboursées en cas de rejet d'une demande de règlement pour des raisons médicales?

Non, advenant le rejet d'une demande de règlement parce que l'assuré ne satisfait pas à la définition d'affection couverte, la prime n'est pas remboursée et l'assurance est maintenue en vigueur. L'assuré reste pleinement couvert aux fins des demandes de règlement futures.

En cas de rejet d'une demande de règlement à cause d'une fausse déclaration, les primes sont-elles remboursées?

En cas de rejet d'une demande de règlement par suite d'une fausse déclaration, les primes seront remboursées et l'assurance prendra fin.

Une déclaration erronée au sujet des habitudes tabagiques ou de l'âge/du sexe constitue-t-elle une fausse déclaration?

Est considérée comme une fausse déclaration toute déclaration erronée au sujet des habitudes tabagiques. Toutefois, une déclaration erronée au sujet de l'âge/du sexe ne constitue pas une fausse déclaration et les prestations prévues seront versées après rajustement du montant des primes.

Que se passe-t-il si mon client reçoit au cours des 24 premiers mois d'assurance un diagnostic positif?

Si une demande de règlement est présentée au cours de la période de 24 mois qui suit la date d'effet du contrat et que nous concluons que le diagnostic posé révèle que l'affection couverte est directement ou indirectement attribuable à un problème de santé préexistant, la demande de règlement sera rejetée. La couverture prendra fin et les primes seront remboursées, car votre client n'était pas admissible au produit d'assurance maladies graves Chèque-vie de base. Un problème de santé préexistant s'entend d'une maladie ou affection pour laquelle une personne a présenté des « signes ou symptômes », s'est fait prescrire des médicaments ou a pris des médicaments, a reçu un diagnostic, a été traité ou hospitalisé au cours des 24 mois précédant la date d'effet de la couverture du contrat.

Si l'assuré survit à deux maladies couvertes, les prestations seront-elles doublées?

Non. Cette police ne prévoit des prestations que pour le premier diagnostic d'une affection couverte lorsque l'assuré survit à la période d'attente. Après le versement des prestations, la police prend fin.

Que se passe-t-il si mon client change d'avis après avoir rempli la proposition?

Le client peut envoyer par écrit une demande de résiliation, à vous ou à Manuvie, en tout temps. Si votre client demande une annulation dans les 30 jours suivant la date de réception de son contrat, il sera remboursé en entier.

Des prestations admissibles peuvent-elles être versées pendant le délai de grâce?

Oui. La police est réputée en vigueur pendant le délai de grâce. Si l'assuré présente une demande de règlement et que des prestations deviennent payables au cours du délai de grâce, celles-ci seront versées après déduction, toutefois, de toute prime en souffrance.

Le client aura-t-il droit à des prestations si une affection couverte est diagnostiquée à l'extérieur du Canada ou des États-Unis?

L'assuré est couvert partout dans le monde s'il fournit des documents médicaux que nous jugeons satisfaisants. Dans le cas contraire, aucune prestation n'est versée.

Que se passe-t-il si mon client est âgé de 74 ans et a satisfait à la période d'attente liée à une affection couverte? A-t-il encore droit au remboursement prévu par la garantie Remboursement des primes à l'expiration?

Si votre client a souscrit le contrat d'assurance maladies graves Chèque-vie de base et la garantie facultative Remboursement des primes à l'expiration et que le contrat approche la date d'échéance, la garantie prend fin seulement une fois que l'assuré a satisfait à la période d'attente liée à l'affection couverte. Dès que nous avons déterminé que la personne a droit à la prestation d'assurance maladies graves, nous la lui versons en une seule somme et la garantie Remboursement des primes à l'expiration prend fin. Si nous déterminons que la personne n'a pas droit au règlement, nous rembourserons les primes jusqu'à concurrence de 100 % du capital assuré.

Comment les primes et les prestations sont-elles traitées sur le plan fiscal?

Généralement, les primes payées pour ce régime ne sont pas déductibles aux fins de l'impôt et les prestations reçues ne sont pas imposables. Les remboursements de primes sont également effectués en franchise d'impôt. Pour toute situation particulière, veuillez communiquer avec l'Agence du Revenu du Canada.

Navigateur Santé

Qu'est-ce que le Navigateur Santé et quelle est son utilité?

Grâce au Navigateur Santé, l'assuré et les membres admissibles de sa famille peuvent obtenir de l'information, des services de coordination médicale et des indications sur la façon de naviguer dans le système canadien de soins de santé. De plus, s'ils veulent un deuxième avis d'un hôpital de renommée mondiale, le Navigateur Santé les aidera à l'obtenir.

- Aide pour naviguer dans le système canadien de soins de santé.
- L'accès n'est pas limité à l'assuré, mais est aussi offert aux membres admissibles de sa famille.
- L'accès est offert à l'assuré dès maintenant. Il n'est pas nécessaire qu'une demande de règlement soit présentée au titre de l'assurance maladies graves.



Le présent régime est établi par La Compagnie d'Assurance-Vie Manufacturers.

MC/MD Marques de commerce de La Compagnie d'Assurance-Vie Manufacturers. Le nom Manuvie, le logo qui l'accompagne, les quatre cubes et les mots « solide, fiable, sûre, avant-gardiste » sont des marques de commerce de La Compagnie d'Assurance-Vie Manufacturers qu'elle et ses sociétés affiliées utilisent sous licence.

© 2015 La Compagnie d'Assurance-Vie Manufacturers. Tous droits réservés.